



ETICHETTA

NOME E COGNOME: _____

DATA DI NASCITA: _____

SPORT PRATICATO: _____

ANNO INIZIO ATTIVITÀ AGONISTICA: _____ ORE DI ALLENAMENTO SETTIMANALI: _____

MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA DELL'ATLETA (genitori, fratelli, nonni).

Nella sua famiglia, c'è qualcuno che è stato colpito da uno o più tra i seguenti problemi di salute:

Malattie di cuore _____ SI NO

Morte improvvisa _____ SI NO

Iperensione arteriosa _____ SI NO

Colesterolo alto _____ SI NO

Diabete _____ SI NO

Ictus _____ SI NO

Epilessia _____ SI NO

Malattie Genetiche _____ SI NO

Asma _____ SI NO

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

In seguito ad una qualsiasi visita medica, le è mai stato riferito/diagnosticato:

Malattia di cuore _____ SI NO

Aritmie (battiti irregolari) _____ SI NO

Soffio cardiaco _____ SI NO

Colesterolo alto _____ SI NO

Diabete _____ SI NO

Iperensione arteriosa _____ SI NO

Asma _____ SI NO

Malattia genetica _____ SI NO

Malattia neurologica _____ SI NO

SOLO PER LE ATLETE DONNE:

età prima mestruazione: _____

età menopausa: _____

Soffre di disturbi del ciclo mestruale _____ SI NO

Assume anticoncezionali _____ SI NO

Data ultima mestruazione: _____



Durante la sua vita ha mai accusato (in particolare durante l'attività sportiva) uno dei seguenti sintomi:

Dolore o senso di costrizione al petto _____ SI NO

Svenimento _____ SI NO

Cardiopalmotachicardia anomala _____ SI NO

Accelerazione improvvisa del battito cardiaco _____ SI NO

Difficoltà respiratoria improvvisa o anomala _____ SI NO

È mai stata/o sottoposta/o a procedure o esami/accertamenti cardiologici? ___ SI NO

Se SI, quali e per quale motivo?

Ha mai avuto uno o più tra i seguenti problemi di salute?

Fratture _____ SI NO

Distorsioni o lussazioni _____ SI NO

Strappi muscolari _____ SI NO

Dolori forti e prolungati alla schiena _____ SI NO

Traumi cranici _____ SI NO

Attualmente è seguito dal suo medico curante o da uno specialista per problemi di salute cronici oppure è in fase di accertamento per problemi di salute? _____ SI NO

Se SI per quale motivo? _____

Attualmente assume farmaci? _____ SI NO

Se SI, quali e con quale dosaggio? _____

Fuma? _____ SI NO

Se SI, quante sigarette e da quanti anni : _____

È mai stata/o sottoposta/o a interventi chirurgici? _____ SI NO

Se SI, quali e quando? _____

È mai stata/o sospesa/o dall'attività sportiva agonistica in seguito alla visita medico-sportiva? _____ SI NO

Se SI, quando e per quale motivo? _____

È mai stato giudicato NON IDONEO alla pratica di sport agonistico? _____ SI NO

Se SI, quando e per quale motivo? _____

Quando e dove è stato sottoposta/o alla ultima visita medico-sportiva: _____

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto (oppure legale rappresentante se l'atleta è minorenne) dichiara quanto segue:

- Il questionario è stato compilato in tutte le sue voci
- Quanto compilato nel questionario corrisponde a verità
- Ha informato il medico delle sue attuali condizioni di salute fisica e mentale e di qualsiasi altra malattia, trauma o altro evento patologico contratto nel passato
- Di non avere accertamenti relativi a visite medico-sportive agonistiche in sospeso presso altre strutture sanitarie pubbliche o private

DATA ____ / ____ / ____

Firma dell'atleta o del legale rappresentante